

Le mot de l'Observatoire

Depuis plusieurs années, l'Onpes se soucie de la mortalité des personnes sans domicile (Onpes 2011). Ce qui l'a conduit à financer un appariement (travail de rapprochement) de deux bases de données : celle du CépiDc-INSERM et celle du Collectif Les Morts de la Rue. Les premiers résultats de cet appariement caractérisent rétrospectivement les décès des personnes sans domicile survenus entre 2008 et 2010. Ils sont présentés dans cette lettre sous triple timbre Onpes/CépiDc-INSERM et Collectif Les Morts de la Rue. Ces premiers éléments, inédits en France, pourront donner lieu à des travaux complémentaires permettant de mieux analyser certains résultats.

CépiDc  **InsERM**

**Collectif
Les Morts de la Rue**

*En interpellant, en honorant ces morts,
nous agissons aussi pour les vivants.*

La mortalité des personnes sans domicile en France entre 2008 et 2010

En France, il n'existe pas, au niveau national, d'étude épidémiologique permettant de caractériser la mortalité des personnes sans domicile. Seules deux thèses et deux études locales ont traité à ce jour de cette question (Équipe mobile santé mentale communautaire 2009 ; Labeille *et al.* 2011). De plus, les données sur la santé des personnes sans domicile en France sont peu nombreuses et leur qualité peut être améliorée.

À l'international, des études de qualité inégale ont été menées depuis les années 1980 sur la mortalité des personnes sans domicile, pour la plupart en Amérique du Nord et en Europe. Elles ont mis en lumière un taux de mortalité 3 à 13 fois supérieur parmi les personnes sans domicile, comparativement à la population générale.

La mortalité est différemment caractérisée selon les études, mais les causes identifiées de décès concernent principalement les maladies cardio-vasculaires, les accidents et les intoxications dues à des substances nocives. Aux États-Unis, les homicides des personnes sans domicile sont relativement fréquents et peuvent représenter jusqu'à 12 % des décès (CDC 1991). Au Canada ou en Europe, les suicides sont assez fréquents, en particulier chez les jeunes sans domicile (Roy *et al.* 2004 ; Nilsson *et al.* 2013). Enfin, dans certaines études, la cause de décès est inconnue pour plus de 20 % des personnes sans domicile (Hibbs *et al.* 1994 ; Nordentoft et Wandall-Holm 2003 ; Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness 2007).

C'est dans ce cadre que le CépiDc a mené une première étude, à partir des données fournies par le Collectif Les Morts de la Rue, visant deux objectifs :

- décrire les causes de décès des personnes sans domicile en France,
- estimer le nombre de décès de personnes sans domicile survenus en France de 2008 à 2010 (soit sur une période de trois ans correspondant aux données disponibles possédant la fiabilité requise).

Cette Lettre présente une synthèse des résultats préliminaires de l'étude concernant les causes de mortalité des sans-domicile en France. L'estimation du nombre de décès fera l'objet d'une publication ultérieure, sous triple timbre également.

Les fichiers du CMDR et du CépiDc-INSERM

• Le Collectif Les Morts de la Rue¹

Le Collectif Les Morts de la Rue, créé en 2002, est une association collectant des données sur les décès des personnes sans domicile, afin de faire savoir que beaucoup de personnes qui vivent ou ont vécu à la rue en meurent. Ses objectifs sont multiples : mettre en œuvre les moyens et actions nécessaires à la recherche et la dénonciation des causes souvent violentes des morts de la rue, susciter la réflexion, assurer des funérailles dignes de la condition humaine, et accompagner les personnes en deuil et leur entourage.

La remontée d'information au Collectif Les Morts de la Rue est de nature variée : associative, institutionnelle, médiatique ou citoyenne. Sa base de données est à ce jour la plus exhaustive au niveau national, sans pour autant que celle-ci soit complète.

De janvier 2008 à décembre 2010, le Collectif Les Morts de la Rue a recensé 1 145 décès de personnes sans domicile, qu'elles soient décédées dans la rue ou non, soit environ 380 décès par an. La vocation du collectif n'étant pas la réalisation d'études statistiques, son fichier contient un nombre important de décès pour lesquels certains champs ne sont pas renseignés, en particulier les causes de décès.

• Le CépiDc-INSERM²

Le CépiDc traite l'ensemble des certificats de décès survenus sur le territoire français. Le décès est obligatoirement certifié par un médecin. Les missions du CépiDc sont :

- la production annuelle de statistiques sur les causes médicales de décès en France,
- la diffusion des données,
- la réalisation d'études et de recherches sur ce thème.

La base nationale des causes de décès du CépiDc est issue des données anonymisées recueillies à partir des certificats de décès. Le recueil des données de mortalité est standardisé (encadré 1). Le CépiDc a traité plus de 1,6 million de certificats de décès de janvier 2008 à décembre 2010.

Les causes médicales de décès sont codées par des codeurs du CépiDc-INSERM, selon la 10^e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les causes de décès inscrites par le médecin sur le certificat sont de deux types :

- la cause initiale : celle qui a entraîné le décès,
- les causes associées : celles ayant joué un rôle dans le décès.

• Un appariement complexe

Le fichier du CépiDc ne comportant pas de données nominatives, les deux fichiers cités précédemment n'ont pu être appariés que de manière indirecte, à partir de variables communes : âge, genre, dates de naissance et de décès, communes de naissance et de décès, lieu de décès (domicile, hôpital, voie publique...) et causes de décès.

Ainsi, parmi les 1 145 décès répertoriés par le Collectif Les Morts de la Rue, 693 ont pu être appariés à la base nationale des certificats médicaux de décès du CépiDc, soit un taux d'appariement de 60 %.

ENCADRÉ 1

Standardisation par âge et genre

Les personnes sans domicile décédées présentent des caractéristiques spécifiques en termes d'âge (plus jeunes) et de genre (très majoritairement des hommes). Afin de caractériser la mortalité au sein de la population sans domicile, en comparant cette mortalité avec celle de la population « générale » (l'ensemble de la population décédée en France), il convient de neutraliser dans la comparaison l'effet de l'âge et du genre. C'est pourquoi une méthode de standardisation, sur l'âge et/ou le genre, est utilisée dans cette étude. Cette méthode consiste à déterminer la distribution de la mortalité dans une population donnée (population générale) avec la structure par âge et genre de la mortalité d'une population de référence (population sans domicile décédée). Soient :

- DMS : distribution de la mortalité standardisée
- N : nombre de décès
- w : proportion
- PG : dans la population générale
- SD : dans la population sans domicile

$$DMS_{strate}^{PG} = \sum_{a,s} w_{\text{âge,genre}}^{SD} \times w_{strate,\text{âge,genre}}^{PG}$$

$$DMS_{strate}^{PG} = \sum_{a,s} \frac{N_{\text{âge,genre}}^{SD}}{N^{SD}} \times \frac{N_{strate,\text{âge,genre}}^{PG}}{N_{\text{âge,genre}}^{PG}}$$

1. www.mortsdelarue.org

2. www.cepide.inserm.fr

• Caractéristiques de la mortalité chez les sans-domicile

– **Âge.** Sur la période 2008-2010, la moyenne d'âge au décès des personnes sans domicile est de 49 ans (de 4 à 94 ans), contre 77 ans au sein de la population générale en France (qui présente une structure par sexe similaire), soit un écart de 28 ans entre ces deux populations (**tableau 1**). Au sein de la population sans domicile, environ 90 % des décès surviennent avant 65 ans, contre 25 % dans la population générale (en standardisant sur le genre).

– **Genre.** Les personnes sans domicile décédées sont très majoritairement de sexe masculin (92 %). En standardisant sur l'âge, la proportion de femmes décédées au sein de la population générale est 4 fois plus importante. Ces résultats correspondent à la littérature sur la mortalité

des personnes sans domicile (CDC 1987 ; Babidge *et al.* 2001 ; Nordentoft et Wandall-Holm 2003). Les hommes sont aussi surreprésentés au sein de la population sans domicile vivante (Briant et Donzeau 2011 ; Yaouancq *et al.* 2013).

– **Saison.** On ne note pas de contraste saisonnier particulièrement marqué, les décès des personnes sans domicile survenant tout au long de l'année, avec toutefois une légère surreprésentation en hiver (30 % en hiver, 22 % au printemps, 20 % en été et 28 % en automne).

Ces écarts peuvent, au moins en partie, s'expliquer par une mobilisation sociale et médiatique plus importante en hiver et en automne, ce qui pourrait se traduire par une intensification de la remontée d'information vers le Collectif Les Morts de la Rue (Champagne 2010). De plus, certaines structures (centres d'hébergement

Tableau 1 • Distribution de la mortalité des personnes sans domicile, comparée à celle de la population générale (standardisée sur l'âge et le genre*) en France (2008-2010)

Variables	Population sans domicile (SD) N = 693	Population générale* (G) N = 1 642 766	Rapport de proportion SD/G
Genre**			
Femme	8 %	34 %	0,2
Homme	92 %	66 %	1,4
Moyenne d'âge (± écart type)***	49 (± 13)	77 (± 17)	
Age (min-max)	[4 ; 94]	[0 ; 114]	
Classes d'âge***			
Moins de 30 ans	6 %	2 %	3,0
Entre 30 et 45 ans	31 %	3 %	10,3
Entre 45 et 65 ans	52 %	20 %	2,6
Plus de 65 ans	11 %	74 %	0,1
Année de décès			
2008	33 %	34 %	1,0
2009	34 %	33 %	1,0
2010	33 %	33 %	1,0
Saison de décès			
Hiver (21/12 au 20/03)	30 %	25 %	1,2
Printemps (21/03 au 20/06)	22 %	25 %	0,9
Été (21/06 au 20/09)	20 %	25 %	0,8
Automne (21/09 au 20/12)	28 %	25 %	1,1
Lieu de décès			
Logement [§]	17 %	30 %	0,6
Hôpital	39 %	57 %	0,7
Voie publique	27 %	6 %	4,5
Autres	17 %	8 %	2,1

*distribution standardisée sur l'âge et le genre, c'est-à-dire avec une structure par âge et genre similaire à celle des personnes sans domicile décédées

**distribution standardisée sur l'âge

***distribution standardisée sur le genre

§ Chez soi, chez un tiers, ou hébergé(s)

Sources : Données 2008-2010 du collectif Les Morts de la Rue et du CépiDc-INSERM, traitement CépiDc-INSERM

Note de lecture

Dans la population sans domicile, on enregistre trois fois plus de décès survenus avant l'âge de 30 ans (6 % contre 2 %) que dans la population générale présentant des caractéristiques similaires en termes de genre et 10 fois plus de décès (3 % contre 31 %) survenus entre 30 et 45 ans.

Près de trois décès sur quatre ont eu lieu après 65 ans au sein de la population générale standardisée sur le genre, contre 11 % des décès des personnes sans domicile et 20 % des décès au sein de la population générale ont eu lieu entre 45 et 65 ans, contre la moitié des décès des personnes sans domicile.

notamment) ne sont ouvertes aux personnes sans domicile que lors de la période hivernale, ce qui facilite la remontée de l'information à cette période.

– **Lieu de décès.** Les décès des personnes sans domicile ont lieu pour 39 % à l'hôpital, 27 % sur voie publique et 17 % dans un logement (c'est-à-dire chez un tiers, dans une structure d'hébergement, etc.). Au sein de la population générale, les décès surviennent principalement à l'hôpital (57 %) et dans un logement (30 %), en standardisant sur l'âge et le sexe. La proportion de décès sur voie publique est 4 fois plus élevée au sein de la population sans domicile.

– **Région.** La distribution de la mortalité par commune (**figure 1**) reflète assez nettement la localisation du réseau de collectifs locaux d'accompagnement des morts de la rue informant le CMDR (le réseau historique étant celui de la région parisienne (Arduin et al. 2006)). Cette distribution est donc tributaire de la disponibilité des données. En 2011, un rapport de la Cour des Comptes rappelait qu'« il n'existe pas de carte de la population sans domicile. En revanche, la répartition par région des

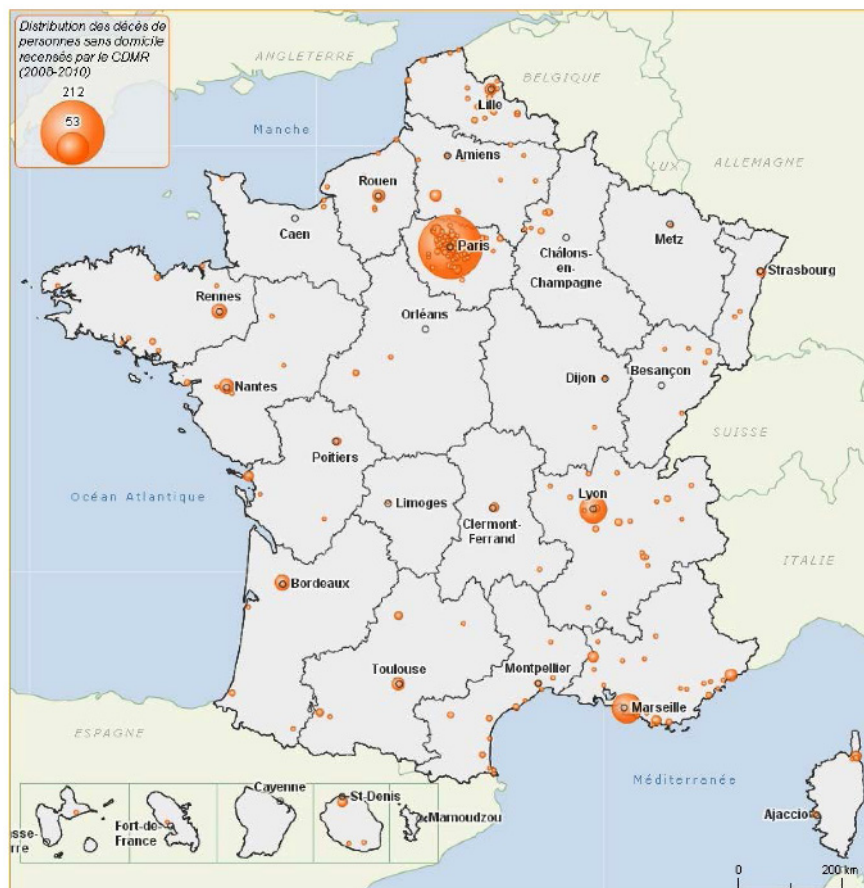
places d'hébergement permet d'avoir une idée de la concentration géographique du phénomène. », c'est-à-dire principalement dans les régions Île-de-France, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Principales causes médicales de décès dans la population sans domicile

Les principales causes de décès dans la population sans-domicile se répartissent de la manière suivante (cf. **Tableau 2**) :

- causes mal définies ou inconnues (28 %)
- morts violentes (20 %)
- tumeurs (18 %)
- maladies cardiovasculaires (11 %)
- maladies de l'appareil digestif (7 %)
- troubles mentaux et du comportement (7 %)
- et autres causes (9 %) : maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil respiratoire, du système nerveux, maladies infectieuses et parasitaires, autres.

Figure 1 • Carte de la distribution des décès des personnes sans domicile recensées par le Collectif les Morts de la Rue (2008-2010)



Sources : Données 2008-2010 du collectif Les Morts de la Rue et du CépîDc-INSERM, traitement CépîDc-INSERM

Ce travail a permis d'identifier les principales causes de décès, qui ne correspondent pas toujours à celles mises en évidence par les études internationales disponibles. Par exemple, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès des personnes sans domicile dans les études internationales (25 à 30 % des décès), mais ne correspondent qu'à 11 % des décès recensés dans cette étude.

• Les causes indéterminées et inconnues

Selon l'information disponible, les causes de décès inconnues ou mal définies représentent un peu moins d'un tiers des décès (28 %) de personnes sans domicile, alors qu'elles représentent une assez faible proportion des décès dans la plupart des autres études, exceptées celles réalisées à Los Angeles (Los Angeles Coalition to

end Hunger and Homelessness 2007) à Philadelphie (Hibbs *et al.* 1994) et Copenhague (Nordentoft et Wandall-Holm 2003), où la proportion des causes indéterminées et inconnues est supérieure à 20 % des décès). Ceci peut résulter de l'obligation, dans la plupart des villes d'Amérique du Nord, et en particulier à New York (Barrow *et al.* 1999), de déclarer les décès de personnes sans domicile ; le recueil est donc probablement plus complet et de meilleure qualité.

À l'inverse, en France, il n'est pas obligatoire de mentionner le fait que la personne était sans-domicile sur le certificat de décès. Par ailleurs, la population sans domicile risque davantage de décéder sur la voie publique ou de mort violente. Les instituts médico-légaux sont donc davantage susceptibles de mener une investigation judiciaire, parallèlement au fait d'établir

Tableau 2 • Distribution des causes initiales de décès au sein de la population sans domicile et en population générale en France, standardisée sur l'âge et le sexe* (2008-2010)

Causes initiales de décès	Distribution (%)		Rapport de proportion SD/G
	Sans domicile (SD) N = 693	Générale* (G) N = 1 642 766	
Causes de décès mal définies et inconnues (R95-R99) **	28 %	9 %	3.3
Tumeurs (C00-D48)	18 %	37 %	0.5
Trachées, bronches et poumons (C33-C34)	6 %	6 %	1
Voies aéro-digestives supérieures (C00-C14, C15, C32)	2 %	3 %	0.7
Organes digestifs (C16-C19, C22, C25)	3 %	7 %	0.5
Autres	8 %	20 %	0.4
Morts violentes (V01-Y98)	20 %	18 %	1.1
Homicides (X85-Y09)	1 %	< 1 %	2.9
Suicides (X60-X84)	5 %	9 %	0.6
Noyades accidentelles (W65-W74)	2 %	1 %	2.9
Accidents de transport (V01-V99)	3 %	3 %	0.9
Chutes (W00-W19)	1 %	1 %	1.3
Expositions à un froid naturel excessif (X31)	2 %	< 1 %	34.6
Intoxications accidentelles (X40-X49)	2 %	1 %	2.1
Autres	4 %	3 %	1.4
Maladie de l'appareil cardiovasculaire (I00-I99)	11 %	13 %	0.8
Cardiopathies ischémiques (I20-I25)	3 %	4 %	0.7
Autres formes de cardiopathies (I30-I52)	3 %	3 %	1.0
Maladies cérébrovasculaires (I60-I69)	3 %	3 %	0.9
Autres	2 %	3 %	0.7
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	7 %	3 %	2.0
Liés à la consommation d'alcool (F10)	5 %	2 %	2.4
Liés à l'usage de stupéfiant (F11-16, F18-19)	1 %	0 %	4.0
Autres	1 %	1 %	0.7
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	7 %	5 %	1.2
Maladies chroniques du foie et cirrhose (K70, K73-K74)	5 %	3 %	1.3
Autres	2 %	2 %	1.0
Autres causes	9 %	14 %	0.7
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	3 %	3 %	1.2
Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	2 %	2 %	0.8
Maladies du système nerveux (G00-G99)	3 %	3 %	0.8
Autres	2 %	6 %	0.3

*distribution standardisée sur l'âge et le genre, c'est-à-dire avec une structure par âge et genre similaire à celle des personnes sans-domicile décédées

**comprend le syndrome de la mort subite, décès sans témoin, décès de cause inconnue

Sources : Données 2008-2010 du collectif Les Morts de la Rue et du CépiDc-INSERM, traitement CépiDc-INSERM

un certificat de décès³. Contrairement à la procédure habituelle, l'IML de Paris n'avait transmis, à la date de l'étude, aucune information contenue dans les certificats de décès au CépiDc-INSERM (Terrolle 2002). Cette absence de transmission a eu pour conséquence, pour les décès survenus à Paris, que de nombreuses causes de décès de sans-domicile sont restées indéterminées.

Dans cette étude, le grand nombre de causes inconnues a probablement masqué d'autres causes de décès, dont notamment une forte proportion de décès par mort violente (*cf. ci-dessus et les autres études internationales* (CDC 1987 ; Bermudez *et al.* 1999 ; Roy *et al.* 2004)).

• Les morts violentes

Malgré la proportion de décès de causes indéterminées et inconnues, les morts violentes représentent la première cause de décès (18 %) des sans-domicile de cette étude. Dans les travaux américains, les décès par mort violente sont plus fréquents, en particulier les suicides et les homicides (CDC 1987 ; Roy *et al.* 2004 ; Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness 2007). Bien que dans cette étude la proportion d'homicides représente 1 % des décès des sans-domicile, aux États-Unis la proportion oscille, selon les études, entre 4 % et 12 % des décès. De même, les suicides représentent environ 5 % des décès des sans-domicile dans cette étude (contre 22 % à Londres, 23 % à Sydney, 50 % chez les 18-25 ans à Montréal, 18 % à Los Angeles et entre 2 et 8 % dans les autres études).

Cependant, ces écarts entre pays, en termes de suicides et d'homicides, ne concernent pas uniquement la population sans domicile mais touchent également la population générale et restent très liés au contexte national⁴.

• Les tumeurs

Dans cette étude, les tumeurs ont représenté 18 % des causes de décès identifiées pour les personnes sans domicile.

Parmi les tumeurs causes de décès, on constate que :

- les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon représentent 6 % des causes de décès (*soit près du tiers des décès par tumeur chez les personnes sans-domicile*),
- les « autres » tumeurs représentent 8 % des causes de décès (*soit plus de 40 % des décès par tumeur*).

La problématique des décès par tumeur des personnes sans domicile mériterait cependant des analyses complémentaires approfondies, afin notamment de déterminer pourquoi, pour cette population, les

tumeurs les plus représentées ne sont pas les mêmes que dans la population générale.

Comparaison des causes de décès des personnes sans domicile avec celles de la population générale

Contre toute attente, la répartition des causes de décès au sein de la population sans domicile est assez similaire à celle à l'œuvre au sein de la population générale (après ajustement sur l'âge et le genre). Cependant, quelques écarts existent et caractérisent donc les causes de décès de la population sans domicile dans cette étude :

- Concernant les décès causés par « mort violente », malgré le faible écart constaté entre les personnes sans domicile (20 %) et la population générale (18 %), des disparités surviennent selon le type de mort violente. Au sein de la population sans domicile, on enregistre davantage de décès causés par intoxications accidentelles que dans la population générale, de décès causés par noyades accidentelles, et par homicides. Au sein de la population sans domicile, bien qu'on compte beaucoup plus de décès par exposition à un froid naturel excessif que par rapport à la population générale, cette cause de décès reste mineure. Au sein de la population sans domicile de notre étude, c'est-à-dire hors décès recensés par l'IML de Paris, on enregistre deux fois moins de décès causés par suicide que dans la population générale standardisée sur l'âge et le genre (5 % contre 9 %).

- Les tumeurs représentent 18 % des causes de décès au sein de la population sans domicile, contre 37 % des causes de décès au sein de la population générale (en standardisant sur l'âge et le sexe). Cet écart du simple au double interroge. Ainsi, les tumeurs sont peut-être plus difficiles à identifier chez les personnes sans domicile que dans la population générale, de leur vivant comme au moment du décès.

- Concernant les maladies de l'appareil cardiovasculaire, il n'existe pas de différence notable entre les deux populations.

- Les troubles mentaux et du comportement sont de 2 à 4 fois plus élevés chez les sans-domicile. Ce résultat correspond à celui de l'étude sur la SAnTé MENTale et les Addictions des personnes sans-logement personnel en Ile-de-France (Laporte et Chauvin 2010) : un tiers de la population étudiée souffrait de troubles psychiatriques. Les travaux réalisés à New-York, Philadelphie ou au Danemark (Hibbs *et al.* 1994 ; Barrow *et al.* 1999 ; Nielsen *et al.* 2011) ont permis de

3. Lorsqu'un décès survient sur la voie publique, ou dans un contexte violent ou suspect, le corps de la personne décédée est transféré, sur décision judiciaire, dans un institut médico-légal, qui, après avoir mené une investigation, rédige la partie médicale du certificat de décès.

4. Selon le Centre américain de prévention des maladies, CDC : Center for Disease Control and Prevention, (<http://wonder.cdc.gov/controller/datarequest/D76>), et le CépiDc-INSERM (<http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>), en 2010, les proportions de décès par homicide aux États-Unis et en France sont respectivement de 0.7 % et 0.07 % des décès et, concernant les suicides, de 1.5 % et 1.9 % des décès.

montrer la fréquence des troubles mentaux au sein de la population sans domicile.

- Les maladies de l'appareil digestif représentent une proportion plus importante chez les sans-domicile (7 %) qu'au sein de la population générale (5 %).
- Les décès causés par des maladies infectieuses et parasitaires ou des maladies du système nerveux sont légèrement moins fréquents dans la population sans domicile qu'au sein de la population générale.
- La proportion de causes de décès indéterminées et inconnues est 3 fois plus importante chez les personnes sans domicile que dans la population générale (28 % contre 9%, lorsque l'on standardise sur l'âge et le sexe). Étant donné la plus grande proportion de décès sur la voie publique des personnes sans domicile il y a probablement davantage d'investigations médico-légales que pour la population générale.

L'alcool et le froid : quelle réalité ?

En France, le froid et l'alcool sont des lieux communs souvent avancés comme facteurs de décès (encadré 2) des personnes sans domicile (Champagne 2010), ils ont donc fait l'objet d'une analyse spécifique.

ENCADRÉ 2

Causes de décès liées au froid ou à l'alcool

L'analyse des causes de décès liées au froid ou à l'alcool a été réalisée en « **causes multiples** », c'est-à-dire à partir de toutes les causes inscrites sur le certificat (causes initiales et associées).

Les pathologies prises en compte pour l'étude des **causes de décès liées à l'alcool** sont le cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14), celui de l'œsophage (C15), celui du larynx (C32), les maladies alcooliques du foie (K70), la pancréatite chronique alcoolique (K860), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (F10).

Les **causes de décès liées au froid** concernent deux catégories de causes : l'exposition à un froid naturel excessif (X31) et l'hypothermie accidentelle (T68, R680).

Les décès dont la cause initiale ou les causes associées sont liées à l'alcool représentent 21 % des décès des personnes sans domicile, contre 12 % en population générale, soit 1.6 fois plus.

Les décès liés à une hypothermie représentent 4 % des décès chez les sans-domicile, contre moins de 1 % en population générale, soit 19 fois plus (tableau 3).

Tableau 3 • Distribution des causes de décès liées à l'alcool et au froid (hypothermie) au sein de la population sans domicile et de la population générale (standardisée sur l'âge et le genre*)

Causes de décès initiales et associées	Distribution		Rapport sans-domicile/générale
	Sans-domicile N = 693	Générale* N = 1 642 766	
Liées à une hypothermie	3.8 %	0.2 %	19.0
Liées à l'alcool	20.6 %	12.8 %	1.6

*distribution standardisée sur l'âge et le genre, c'est-à-dire avec une structure par âge et genre similaire à celle des personnes sans domicile décédées

Sources : Données 2008-2010 du collectif Les Morts de la Rue et du CépiDc-INSERM, traitement CépiDc-INSERM

Les décès liés à une hypothermie sont donc beaucoup plus représentés chez les sans-domicile que dans la population générale, mais ils ne représentent qu'une faible partie des décès. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec précaution car seule l'hypothermie accidentelle (ou due à un froid naturel excessif) a été prise en compte. Il n'existe pas à ce jour d'étude épidémiologique traitant de l'association entre le froid et les pathologies associées. Néanmoins, une synthèse bibliographique de l'InVS (InVs 2004) recense les effets sanitaires qui pourraient être attribuables au froid, tels que les accidents vasculaires cérébraux et les maladies respiratoires. Le nombre de décès liés au froid a sans doute été sous-estimé dans cette étude, et ce dans les deux populations.

La légère augmentation du nombre de décès en hiver chez les sans-domicile pourrait d'ailleurs être un marqueur de l'effet du froid. Toutefois, la saisonnalité de la mortalité n'est pas fortement marquée et est à interpréter avec prudence (encadré 3) du fait de l'intensification de la mobilisation médiatique et sociale en hiver qui implique très probablement une meilleure remontée d'information sur les décès des sans-domicile au Collectif Les Morts de la Rue à cette période (Champagne 2010).

Bien que la proportion de décès liés à l'alcool soit plus importante chez les sans-domicile que dans la population générale, la différence observée est moins importante qu'attendue. L'étude sur la SAnté MENTale et les Addictions des personnes sans logement personnel en Ile-de-France (Laporte et Chauvin 2010) indique même que la proportion de consommateurs d'alcool parmi les sans-domicile est plus faible que parmi la population générale. En revanche, les consommateurs d'alcool parmi la population sans domicile ont une consommation la plus souvent excessive.

ENCADRÉ 3

Limites de l'étude

Cette étude connaît plusieurs limites :

- **Non-exhaustivité des sources.** L'étude n'a pu porter que sur les décès recensés par le Collectif Les Morts de la Rue (source croisée avec celle du CépiDc-INSERM). Cette étude ne prend donc pas en compte les décès non recensés par le Collectif Les Morts de la Rue, dont les caractéristiques peuvent être différentes.
- **Biais de sélection.** Ce sont les décès les mieux renseignés dans la base de données du Collectif Les Morts de la Rue qui ont pu être croisés avec ceux de la base de données du CépiDc-INSERM, ce qui peut introduire un biais de sélection. Cet échantillon n'est donc vraisemblablement pas statistiquement représentatif.
- **Causes indéterminées.** La proportion importante de causes indéterminées limite l'interprétation des causes de décès.
- **Taux de mortalité.** Seules les données de mortalité ont été considérées dans cette étude. Le nombre total de personnes sans domicile vivantes correspondant à la période d'étude n'est pas connu, ce qui ne permet pas de calculer un taux de mortalité. Les interprétations de cette étude sont assez limitées puisque l'identification d'une sous-mortalité ou surmortalité n'est pas possible.

Conclusion

Ce travail constitue la première étude tentant de caractériser, au niveau national, la mortalité des personnes sans domicile en France. Malgré ses limites, il a permis d'obtenir des premiers résultats importants concernant les décès des personnes sans domicile : il s'agit très majoritairement de décès d'hommes (92 %), relativement jeunes (80 % ont lieu entre 30 et 65 ans).

Dans cette étude, l'âge moyen au décès de la population sans domicile est de 49 ans, ce qui représente en moyenne un écart de presque 30 ans⁵ avec la population générale présentant des caractéristiques similaires en termes de genre. Cet écart constitue une différence majeure entre la mortalité des deux populations en termes de mortalité entre les deux populations. Il pose la question des stratégies de prévention et des politiques publiques pouvant être mises en place pour éviter aux personnes sans domicile de décéder prématurément.

Certains résultats de cette étude font apparaître des éléments à l'encontre des représentations existantes :

- la mortalité des personnes sans domicile présente de nombreuses similarités avec celle de la population

générale, à structure de genre et d'âge au décès comparable,

- les personnes sans domicile décèdent tout au long de l'année,
- les décès liés à une hypothermie ne représentent que 4 % des décès chez les personnes sans domicile,
- les décès liés à une consommation excessive d'alcool sont seulement 1,5 fois plus fréquents au sein de la population sans domicile qu'au sein de la population générale (20,6 % contre 12,8 %, après ajustement sur l'âge et le sexe).

Ces résultats ne peuvent être comparés à ceux des travaux internationaux, relevant de contextes socio-économiques différents. Ces résultats sont inédits et ne permettent donc pas, au niveau national, une analyse de l'évolution de la mortalité chez les personnes sans domicile. Il est donc nécessaire de continuer à documenter la mortalité des personnes sans domicile (*en améliorant notamment la collecte des données*), de documenter la question de la santé des personnes sans domicile et de consolider et approfondir les premiers résultats présentés dans cette étude, notamment en engageant des travaux complémentaires sur le sujet.

5. Il s'agit d'un âge moyen au décès et non pas d'une espérance de vie. L'espérance de vie ne peut en effet être calculée à partir des données disponibles à ce stade.

Références bibliographiques

Los Angeles Coalition to end Hunger and Homelessness. Homeless Deaths in Los Angeles County:2000-2007. Dying without dignity. 2007. Available from: <http://www.nationalhomeless.org/publications/dyingwithoutdignity/dyingwithoutdignity.pdf>

Arduin P, Firdion J-M, Marpsat M, Quaglia M, Razafindratsima N. Enquête sans-domicile 2001, 6^e partie : Les enquêtes complémentaires. 2006. Report No.: n° 116. Available from: <http://www.insee.fr/fr/ppp/sommaire/imet116g.pdf>

Babidge N, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.* 2001 Feb; 103(2): 105-10.

Barrow SM, Herman DB, Córdova P, Struening EL. Mortality among homeless shelter residents in New York City. *Am J Public Health.* 1999 Apr; 89(4): 529-34.

Bermudez R, Werth L, Brandon J, Aragon T. San Francisco Homeless Deaths Identified from Medical Examiner Records December 1997 November 1998. 1999. Available from: <http://www.sfdph.org/dph/files/reports/StudiesData/Homeless/RptHomeless98.pdf>

Briant P, Donzeau N. Être sans-domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation des années 2000. Insee Première [Internet]. 2011 Jan ; (N° 1330). Available from: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1330/ip1330.pdf>

CDC. Deaths Among the Homeless – Atlanta, Georgia [Internet]. 1987 [cited 2012 Jul 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000921.htm>

CDC. Deaths among homeless persons – San Francisco, 1985-1990. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 1991 Dec 20; 40(50): 877-80.

Champagne A. Premiers grands froids, la saison des journalistes chez les SDF. Rue89 Les Blogs. 2010 [cited 2013 Feb 28]. Available from: <http://blogs.rue89.com/francisa-paris/2010/12/02/premiers-grands-froids-la-saison-des-journalistes-chez-les-sdf-178875>

Cour des Comptes. La politique de l'hébergement des sans-domicile. Rapport d'évaluation. 2011 Nov. Available from: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-politique-publique-de-l-hebergement-des-personnes-sans-domicile>

Équipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans-abri à Marseille. Premières données et premières analyses. 2009 Jan. Available from: http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/etude_mortalite_sans-abris_Marseille.pdf

Hibbs JR, Benner L, Klugman L, Spencer R, Macchia I, Mellinger A, *et al.* Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N. Engl. J. Med.* 1994 Aug 4; 331(5): 304-9.

InVs. Froid et santé. Éléments de synthèse bibliographique et perspectives. 2004. Available from: http://www.invs.sante.fr/publications/2004/froid_et_sante/rapport_froid_et_sante.pdf

Labeille B, Canat G, Sindezingue M, Fontaine-Gavino K, Fontaine D, Bolamperti P, *et al.* Étude "Maladies graves et fin de vie chez les personnes en grande précarité" Volet quantitatif : "Morbidity et mortalité des personnes en grande précarité de l'agglomération de Lyon" [Internet]. ORS Rhône-Alpes ; 2011 mai. Available from: http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Grande_precaire.pdf

Laporte A., Chauvin P. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France (Samenta). Observatoire du Samu Social, Inserm ; 2010. Available from: <http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/Samenta/SAMENTA.pdf>

Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet.* 2011 Jun 25; 377(9784): 2205-14.

Nilsson SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health.* 2013 Mar 12 [cited 2013 Apr 18]; Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2013/03/12/eurpub.ckt025>

Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ.* 2003 Jul 12; 327(7406): 81.

Onpes. Étude exploratoire sur les diverses sources disponibles permettant une première approche des causes de décès des personnes sans-abri. 2011 Apr. Available from: http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Phase_1_CemkaEval.pdf

Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau J-F, Boivin J-F. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA.* 2004 Aug 4; 292(5): 569-74.

Terrolle D. La mort des SDF à Paris : un révélateur social implacable. *Études sur la mort.* 2002 ; 122(2) : 55.

Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M, Régnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012. Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. Insee Première. 2013 Juillet ; (1455).

Responsable de la publication : **Didier Gelot**, secrétaire général de l'Onpes

Secrétaire de rédaction : **Desk**

Réalisation : **Desk**

www.onpes.gouv.fr

